

PROCEDIMIENTO PARA GESTIONAR DESDE EL SPA LAS BAJAS POR CONTACTOS ESTRECHOS POR COVID-19 ENTRE TRABAJADORES (Se excluye Personal Sanitario/Sociosanitario y Operadores Críticos de Servicios Esenciales).

OBJETIVO

Los objetivos del presente procedimiento, es identificar los departamentos involucrados en la gestión y la forma de proceder de Antea y de la empresa/cliente:

DPTOS. INVOLUCRADO

Dpto. Atención al Cliente: Puede recibir peticiones de los clientes y redirigirlas al departamento adecuado, vía de comunicación:

antea@anteaprevencion.com

902-364070

Dpto. Médico: Gestiona todo el proceso, desde el contacto con empresa y trabajador, hasta la realización del parte de baja, para que se pueda ejecutar la misma, vía de comunicación:

- vs@anteaspa.es

TRABAJADORES CON COVID-19

Según establece el **PROCEDIMIENTO DE ACTUACIÓN FRENTE A CASOS DE INFECCIÓN POR EL NUEVO CORONAVIRUS (SARS-CoV-2)** del 15 de marzo de 2020

Los servicios de prevención de riesgos laborales serán los encargados de establecer los mecanismos para la investigación y seguimiento de los contactos estrechos en el ámbito de sus competencias, de forma coordinada con las autoridades de salud pública.

Los casos se clasificarán del siguiente modo:

- Caso **confirmado**: caso que cumple criterio de laboratorio.
- Caso **probable**: caso cuyos resultados de laboratorio para SARS-CoV-2 no son concluyentes.
- Caso **posible**: caso con infección respiratoria aguda leve **sin criterio para realizar test diagnóstico**.

Se clasifican como **CONTACTO ESTRECHO de casos posibles, probables o confirmados DENTRO DE SU EMPRESA** a las personas **ASINTOMÁTICAS** que:

- Sean compañeros de trabajo que hayan estado en el mismo lugar que un caso **mientras el caso presentaba síntomas a una distancia menor de 2 metros durante un tiempo de al menos 15 minutos**.

COMO ACTUAR

Antea elaborará el justificante/parte de baja por CONTACTO ESTRECHO (anexo 1), para ello deberá recibir de la empresa/cliente la baja del trabajador por COVID-19, y la petición con la información de el/los trabajadores que cumplan los requisitos de CONTACTO ESTRECHO marcados por Ministerio de Sanidad, explicado en el apartado anterior.

Esa petición, será tramitada por la vía:

- Dpto. Médico, confirmará con la empresa los contactos estrechos, y redactará el Parte, enviando este al SPS (Servicio Público de Salud).

OBLIGACIÓN DE LA EMPRESA

La empresa, tendrá que comunicar al Dpto. Médico de Antea, mediante el documento **"EXISTENCIA DE CONTACTO ESTRECHO ENTRE TRABAJADORES"** (anexo 2) la situación generada en su empresa, rellenando en caso de existir dicho contacto, el **FORMATO DE IDENTIFICACIÓN Y SEGUIMIENTO DE CONTACTOS COVID-19** (anexo 3) de cada uno de sus trabajadores.

Dpto. Técnico de Antea

Paco Cabezón



ANEXO I: MODELOS DE INFORMES

1- CASO POSIBLE, PROBABLE, CONFIRMADO O CONTACTO ESTRECHO



D./Dña _____, nº de
colegiado/a _____, con DNI _____, médico especialista en
medicina del trabajo del servicio de prevención _____,
informa que D./Dña. _____, con
DNI _____, profesión/ocupación _____, en la empresa
_____, cumple los criterios para ser considerado/a:

- caso posible
- caso probable
- caso confirmado
- contacto estrecho de un caso posible, probable o confirmado de coronavirus,

por lo que, siguiendo los criterios del *Procedimiento de actuación frente a casos de infección por el nuevo coronavirus (SARS-CoV-2)* y del *Procedimiento de actuación de riesgos laborales frente al nuevo coronavirus (SARS-CoV-2)* del Ministerio de Sanidad deberá realizar cuarentena/ aislamiento domiciliario durante 14 días, contados desde el día _____, fecha en la que se produjo la manifestación clínica o el contacto. Esta persona mantendrá, tal como se le ha indicado, seguimiento pasivo en su domicilio. Si durante este tiempo desarrollara síntomas y la situación clínica lo permite, se le ha indicado que deberá hacer autoaislamiento inmediato domiciliario y contactar con los servicios de atención primaria.

Lugar y fecha,

Fdo.

EXISTENCIA DE CONTACTO ESTRECHO ENTRE TRABAJADORES

DATOS EMPRESA	
Empresa	
C.I.F.	
Centro de Trabajo	
Responsable del seguimiento	

DATOS DEL CASO		
Fecha de Notificación		
Se adjunta Parte de Baja por COVID-19	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Fecha del Contacto		

LISTADO DE TRABAJADORES CON CONTACTO		
NOMBRE	DNI	TELEFONO

La empresa afirma que **SI** / **NO** ha existido contacto entre el trabajador de baja por **COVID-19** y sus trabajadores, y que este contacto es considerado como **CONTACTO ESTRECHO**, según indica el Ministerio de Sanidad.

En _____ a de _____ de 2020

EMPRESA

Fdo:

FORMATO DE IDENTIFICACIÓN Y SEGUIMIENTO DE CONTACTOS COVID-19

DATOS EMPRESA	
Empresa	
Centro de Trabajo	
Responsable del seguimiento	

Datos del Caso	
Fecha de Notificación	

Datos del Contacto			
Nombre y Apellidos			
Sexo		Fecha de nacimiento	
Teléfono		Otro Teléfono (familiar, etc)	
Domicilio			
Municipio:			

Tipo de contacto		
Indicar tipo	Marcar con X	Especificar
Trabajador Sanitario		
Servicios Esenciales		
Familiar		
Compañero de trabajo		
Amigo		
Otros:		

Lugar de Contacto		
Indicar tipo	Marcar con X	Especificar
Hospital		
Trabajo		
Casa		
Otros:		

Fechas del contacto:

Fecha Inicial del Contacto	
Fecha de Inicio de Síntomas	

Seguimiento:

Fecha Inicio del seguimiento	
Fecha Final del Seguimiento	

Registro de Seguimiento:

Fecha	Tª Toma 1	Tª Toma 2	Síntomas (Si/No) especificar	Persona que la realiza	Observaciones